VIII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej**
(nr 7)
z dnia 24 lutego 2016 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 7)

24 lutego 2016 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem poseł **Małgorzaty Zwiercan (Kukiz`15)**, przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący program dzienny:

– informacja Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia;

– informacja Ministra Zdrowia na temat rozwoju geriatrii i gerontologii w Polsce. Zadania Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji.

W posiedzeniu udział wzięli: **Jarosław Pinkas** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, dr **Piotr Bednarski** dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, prof. **Piotr Błędowski** dyrektor Instytutu Gospodarstwa Społecznego Szkoły Głównej Handlowej, **Małgorzata Żyra** zastępca dyrektora Departamentu Badań Społecznych i Warunków Życia Głównego Urzędu Statystycznego wraz ze współpracownikami, **Jan Piotrowski** wicedyrektor w Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Barbara Imiołczyk** dyrektor Centrum Projektów Społecznych Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, prof. **Adam Kurzynowski** członek Rządowej Rady Ludnościowej, prof. **Janusz Szymborski** wiceprezes Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, **Krystyna Lewkowicz** prezes Fundacji Ogólnopolskiego Porozumienia Uniwersytetów Trzeciego Wieku, **Jerzy Płókarz** prezes Zarządu Głównego Społecznej Sieci Ratunkowej, **Jacek Gołąb** dyrektor Fundacji na rzecz Zdrowego Starzenia się, **Katarzyna Elżbieta Pawlak** przedstawiciel Polskiej Unii Seniorów, **Elżbieta Wiśniewska** przedstawiciel Rady Seniorów Dzielnicy Wilanów m.st. Warszawy, **Barbara Kucharska** pełnomocnik ds. Polityki Senioralnej Samorządu Województwa Mazowieckiego, **Monika Zientek** przedstawiciel Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej, **Zofia Niczke** prezes Fundacji „Emeryt", **Mariola Dobosz** prezes Stołecznego Uniwersytetu Trzeciego Wieku, **Irena Moskal** prezes UTW im. Haliny Szwarc, **Andrzej Blus** sekretarz zarządu Towarzystwa UTW w Ursusie oraz **Stanisław Trzmiel** wiceprezes Grochowskiego UTW.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska** i **Anna Czechowska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Otwieram siódme posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Witam państwa bardzo serdecznie. Wszyscy państwo otrzymali zawiadomienia o posiedzeniu. Czy są pytania do porządku dziennego? Nie ma. Stwierdzam przyjęcie porządku dziennego oraz protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. W pierwszym punkcie mamy informację ministra zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia.

Przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia za chwilę do nas podejdzie. W drugim punkcie mamy informację przedstawiciela GUS. Najpierw prosilibyśmy przedstawiciela GUS, panią Małgorzatę Zyrę, o zajęcie stanowiska.

Zastępca dyrektora Departamentu Badań Społecznych i Warunków Życia Głównego Urzędu Statystycznego Małgorzata Żyra:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Małgorzata Żyra. Szanowni państwo. Nie będę przedstawiać szczegółowo zawartości notatek, które zostały państwu dostarczone. Zanim

przedstawię pokrótce informację o sytuacji demograficznej i stanie zdrowia, chciałabym na wstępie podać kilka informacji metodologicznych. Przygotowana przez nas informacja dotyczy sytuacji demograficznej Polski w kontekście starzejącego się społeczeństwa, stanu zdrowia Polaków w starszym wieku i korzystania z usług opieki zdrowotnej przez tę grupę obywateli. Została ona opracowana na podstawie wyników badań realizowanych w ramach statystyki publicznej, zarówno przez GUS, jak i przez resorty, w części dotyczącej działalności podmiotów leczniczych. Dane demograficzne oraz wyniki badań ankietowych GUS, stan zdrowia, subiektywna ocena stanu zdrowia i subiektywna ocena jakości opieki zdrowotnej, zostały opracowane dla grupy wieku 60 lat lub więcej, wskazanej w ustawie o osobach starszych. Informacje pochodzące ze sprawozdawczości realizowanej przez placówki lecznicze pozwalają na wyodrębnienie grupy 65 lat i więcej, zalecanej przez Światową Organizację Zdrowia.

Trwający proces starzenia się ludności Polski, będący wynikiem wydłużania się trwania życia, jest pogłębiany niskim poziomem dzietności oraz intensyfikacją migracji osób młodych. Wzrasta w populacji udział osób w wieku 60 lat lub więcej. W ciągu ostatnich 25 lat udział osób w wieku co najmniej 60 lat wzrósł w ogólnej populacji o 7,5 punktu procentowego, z 14,7% w 1989 r. do 22,2% w 2014 r. Dla porównania, odsetek dzieci i młodzieży zmniejszył się w tym czasie o ponad 12 pkt. Procentowych, z 30 do 18%. Wśród osób starszych osoby w wieku 60-69 lat stanowią około 54%, podczas gdy osoby w wieku 80 lat i więcej niemal 18%.

Zgodnie z założeniami opracowanej przez GUS prognozy demograficznej obejmującej okres do 2050 r., struktura ludności według wieku będzie ulegała dalszym zmianom. Przewiduje się znaczne zmniejszenie liczby dzieci w wieku 0-14 lat i osób dorosłych w wieku 15-59 oraz wzrost udziału osób w wieku co najmniej 60 lat do około 28% za 10 lat, do 32% za 20 lat i do około 40% w ostatnim roku prognozy.

Badania ankietowe stanu zdrowia ludności potwierdzają, że sytuacja zdrowotna człowieka pogarsza się wraz z wiekiem. Można stwierdzić, że wśród chorób przewlekłych występujących w grupie osób w wieku 60 lat i więcej, najczęstszą chorobą jest nadciśnienie tętnicze, które występuje u ponad połowy osób starszych. Bardzo często osoby starsze skarżą się również na ból dolnej partii pleców, choroby zwyrodnieniowe stawów, bóle szyi lub środkowej części pleców oraz występowanie choroby wieńcowej. Wraz z wiekiem poszerza się lista chorób przewlekłych czy dolegliwości. Na jedną osobę z grupy 60-69 lat przypadało średnio 3,1 chorób przewlekłych, w grupie 70-79 lat ten wskaźnik wynosił 4,1, a wśród osób najstarszych 4,5.

Według metodologii Eurostatu pod koniec 2014 r. niemal co druga osoba w wieku 60 lat lub więcej lat została zaliczona do populacji osób niepełnosprawnych biologicznie, czyli osób, które z powodu problemów zdrowotnych miały ograniczoną zdolność wykonywania czynności, które zwykle ludzie wykonują. W jednej trzeciej tej grupy ograniczenia te są poważne. Znaczna część populacji ludzi starszych boryka się z problemem nadwagi lub otyłości – zbyt dużą masę ciała ma już blisko 70% osób starszych, a co czwarta została zaliczona do grona osób otyłych. Odsetek starszych mężczyzn ważących zbyt dużo jest nieco wyższy niż kobiet w podobnym wieku. Znaczący udział w tej grupie mają mężczyźni z nadwagą, a wśród kobiet znacznie częściej występuje problem otyłości, co zostało zaobserwowane we wszystkich grupach wieku ludzi starszych.

Analizując wyniki badania zdrowia z końca 2014 r. można pokusić się o stwierdzenie, że osoby starsze stosunkowo często poddają się podstawowym badaniom profilaktycznym. W ciągu 12 miesięcy przed terminem wywiadu blisko 84% ludzi starszych miało wykonane profesjonalne badanie ciśnienia krwi. Badanie poziomu cholesterolu oraz cukru we krwi wykonało ponad 70% populacji ludzi starszych. Podstawowe badania stosunkowo częściej były wykonywane przez sędziwe osoby, częściej robiły je kobiety niż mężczyźni. Niestety, konieczność wykonywania corocznych szczepień, zwłaszcza dla osób starszych, nie znajduje realnego oddźwięku. Tylko co czwarta osoba starsza zadeklarowała, że przynajmniej raz w życiu szczepiła się przeciw grypie, a tylko niespełna co dziesiąta zaszczepiła się w okresie ostatnich dwóch lat, czyli w 2013 lub 2014 r.

Jak wynika z badania, w okresie 12 miesięcy przed przeprowadzeniem wywiadu leczeniu szpitalnemu, które łączyło się przynajmniej z jednym noclegiem, poddała się co piąta

osoba starsza. Relatywnie częściej hospitalizacji podlegali mężczyźni niż kobiety, zwłaszcza ci najstarsi. Generalnie, częstość hospitalizacji wzrasta z wiekiem, kiedy pogarsza się stan zdrowia. O ile w grupie 60-latków niespełna 18% populacji poddało się hospitalizacji, to w najstarszej już 25%, czyli co czwarta osoba.

Tylko co dziesiąta osoba starsza w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie była ani razu u lekarza pierwszego kontaktu czy rodzinnego, co oznacza, że 90% polskich seniorów na takiej wizycie było choć raz. Ponad 70% populacji osób starszych w ciągu ostatnich 12 miesięcy leczyło się u specjalistów. W okresie dwóch tygodni przed datą wywiadu ponad 80% ogółu osób w wieku 60 lat i więcej zażywało leki, które były przepisane przez lekarza na receptę. Wśród najmłodszych seniorów leki z zalecenia lekarza zażywało ¾ tej zbiorowości, wśród najstarszych ponad 90%.

Sytuacja demograficzna i stan zdrowia ludności, to bezpośrednie czynniki mające wpływ na stan popytu na świadczenia zdrowotne, który realizowany jest w placówkach stacjonarnej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w ramach systemu ratownictwa medycznego, a także w domach pomocy społecznej. Biorąc pod uwagę informacje z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, można zauważyć, że w porównaniu do roku 2010nastąpił wzrost liczby porad udzielanych osobom w wieku 65 lat lub więcej o 12%. Około 59% porad udzielonych w 2014 r. stanowiły porady podstawowej opieki zdrowotnej, około 35% porady specjalistyczne. Przeciętna liczba porad lekarskich udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w przeliczeniu na jednego mieszkańca wyniosła w 2014 r. 7,2 porady, podczas gdy wśród osób w wieku 65 lat i więcej wskaźnik ten stanowił 13,4.

Według szacunków Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny w szpitalach ogólnych w 2013 r. było leczonych 2,4 mln osób w wieku 65 lat i więcej, co stanowiło 30,3% wszystkich pacjentów szpitalnych. W porównaniu do 2010 r. liczba starszych pacjentów wzrosła o 15%, a ich odsetek w ogólnej liczbie leczonych w szpitalach o 2,7 punktu procentowego.

Na koniec 2014 r. działało 685 zakładów opieki długoterminowej, które dysponowały niemal 33 tys. łóżek, czyli o 5,4% więcej niż w roku poprzednim. Zapewniały one opiekę w warunkach stacjonarnych niespełna 93 tys. osób, co stanowiło blisko 2,7% więcej w stosunku do 2013 r.

W końcu 2014 r. w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej grupa pensjonariuszy w wieku 65 lat i więcej liczyła 46,3 tys. osób. W porównaniu do 2011 r. liczba osób starszych objętych opieką instytucjonalną jednostek świadczących usługi pomocy społecznej wzrosła o 8,7%, a jej udział w ogólnej liczbie mieszkańców tych zakładów z 41,8% do 43,8%.

W 2014 r. w skali kraju zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy medycznej ponad 3 mln osób, z czego osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 40,8% pacjentów. W porównaniu do 2010 r. w skali kraju liczba osób w wieku 65 lat i więcej, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń, wzrosła o 15,8%. W izbach przyjęć osoby starsze stanowiły 21,1% pacjentów.

Znacząca liczba osób w wieku 65 lat i więcej była zadowolona z wyboru lekarza POZ, ich opinie o lekarzu POZ były bardziej przychylne niż wśród ogółu badanych. Osoby starsze bardziej krytycznie oceniały jakość opieki zdrowotnej w 2013 r. niż ogół osób badanych.

W gospodarstwach domowych z osobami starszymi rosną znacząco koszty leczenia. Jak wskazują wyniki badania budżetów gospodarstw domowych, udział wydatków na zdrowie w wydatkach na dobra i usługi konsumpcyjne, w przeliczeniu na jedną osobę, jest ponad dwukrotnie wyższy w gospodarstwach z osobami starszymi i wynosi ponad 7%. W jedno- i dwuosobowych gospodarstwach domowych, w których występują wyłącznie osoby starsze, ten udział jest jeszcze większy i wynosi niemal 10%. Znaczącą część tych wydatków stanowią wyroby medyczno-farmaceutyczne, urządzenia, sprzęt medyczny – niemal 75%, znacząca większość z tego to leki.

Podsumowując. Rośnie, i w perspektywie 20 lat nadal będzie wzrastać, liczba osób w wieku 60 lat i więcej. Wzrost ten będzie bardzo dynamiczny ze względu na wchodzenie do tej grupy wieku roczników osób urodzonych w drugiej połowie lat 50. Dodatkowo należy oczekiwać, że trwanie życia będzie się sukcesywnie wydłużało, sprzyjając zwięk-

szeniu zarówno liczby, jak i odsetka ludności w starszym wieku w ogólnej populacji Polski. Niestety, dla zdecydowanej większości tej grupy ludności nie będzie to życie w zdrowiu. Pogarszający się wraz z wiekiem stan zdrowia powoduje ograniczenia w codziennym życiu, potrzebę zewnętrznego wsparcia oraz większą intensywność korzystania z usług opieki zdrowotnej. Podkreślenia wymaga także fakt, że obecnie w przypadku osób w wieku sędziwym, 80 lat i więcej, ponad dwie trzecie to osoby owdowiałe. Są to przede wszystkim kobiety – 85% osób owdowiałych w tym wieku – przeważnie mieszkające i żyjące samotnie oraz wymagające wsparcia. Należy zatem liczyć się z poważnym narastaniem problemu samodzielnej egzystencji rosnącej liczebnie zbiorowości osób w wieku starszym, wymagających pomocy, opieki, leczenia i rehabilitacji.

To pokrótce byłoby przedstawienie informacji, którą zamieściliśmy w notatkach. Jeżeli będą jakieś pytania, to chętnie postaramy się odpowiedzieć. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję bardzo, pani dyrektor. Teraz poproszę przedstawiciela ministra zdrowia o informację na temat zmian demograficznych i starzenia się.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni goście. Nie bardzo to rozumiem. Dwa punkty dzisiejszego posiedzenia dziennego to: informacja ministra zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa oraz informacja ministra zdrowia na temat rozwoju geriatrii i gerontologii w Polsce. Rozpoczęliśmy od referatu uzupełniającego, nieprzedstawionego z nazwiska przedstawiciela Głównego Urzędu Statystycznego. Chciałbym, żeby pani przewodnicząca poinformowała, kto reprezentuje dzisiaj na posiedzeniu Komisji ministra zdrowia, którego zadaniem jest zreferowanie tych dwóch tematów. Minister zdrowia, pan Konstanty Radziwiłł, nie jest obecny, ale pan minister ma sześciu zastępców, sześciu wiceministrów. Chciałem się dowiedzieć, kto dzisiaj reprezentuje ministra zdrowia na posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej. Czy pani przewodnicząca zamierza planować i planuje w przyszłości, aby traktować tę Komisję w sposób absolutnie niepoważny, jakim jest brak obecności albo ministra zdrowia, albo upełnomocnionego wiceministra? Jeżeli mamy słuchać referatów czy też odczytywania informacji, które zostały przedstawione członkom Komisji, to jest to obniżanie prestiżu tej Komisji, niepoważne traktowani członków Komisji, jak też wszystkich zaproszonych gości. Proszę o informację – kto jest przedstawicielem ministra zdrowia? Czy pani przewodnicząca dopuszcza w przyszłości obniżanie statusu tej Komisji poprzez dopuszczanie jako przedstawicieli konstytucyjnych ministrów członków gabinetów politycznych?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Przedstawicielem ministra zdrowia jest doradca pan Maciej Binkowski. Dla informacji – nie uważam, że uwłacza to w jakimkolwiek stopniu Komisji Polityki Senioralnej ani zaproszonym gościom. To jest pana Michała Szczerby, wiceprzewodniczącego, zdanie. Myślę, że nie wszyscy musimy się z nim zgadzać. Nie uważam, że w ten sposób jesteśmy traktowani z mniejszym szacunkiem czy godnością.

Poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękując za każdy głos w tej kwestii, chciałbym zauważyć, że to się pierwszy raz zdarzyło. W tym momencie trwa posiedzenie Komisji Zdrowia. Pan przewodniczący kiedyś, bardzo chwalę taką postawę, wyrażał dużą troskę o przygotowanie kolejnych ważnych ustaw z zakresu Ministerstwa Zdrowia, m.in. ustawy o bezpłatnych lekach i innych. W związku z tym myślę, że oczywiście przekażemy ministrowi prośbę o wyznaczanie odpowiedniego przedstawiciela ministra, ale może dzisiaj nie będziemy podchodzili zbyt rygorystycznie do tej sprawy. Każdemu się może zdarzyć. Dziękuję bardzo.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Jeżeli mogę uzupełnić swoją wypowiedź. W poprzedniej kadencji, podczas 30 posiedzeń Komisji Polityki Senioralnej nie zdarzyło się, żeby rządu, Rady Ministrów, a w szczególności ministra konstytucyjnego nie reprezentował zastępca, czyli wiceminister. Jeżeli to jest nowa jakość, to serdecznie gratuluję. Uważam jednak, że jest to obniżanie prestiżu Komisji oraz pewnej praktyki, która miała miejsce w przeszłości. Wydaje się,

że temat geriatrii i gerontologii, temat zdrowego starzenia się społeczeństwa, jest na tyle poważny, żeby był dyskutowany na poziomie osób decyzyjnych, a nie zaplecza ministra, które stanowi gabinet polityczny, czyli politycy wchodzący w skład tego gabinetu, zajmujący się wsparciem organizacyjnym pracy ministra, a nie pracą merytoryczną.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Ostatniego głosu w tej sprawie udzielę panu posłowi. Proszę się przedstawić i zakończymy ten temat.

Poseł Andrzej Smirnow (PiS):

Chciałem zgłosić wniosek, żeby przejść do porządku obrad, bo ważniejsze jest, abyśmy dostali rzetelną informację, a nie tego typu rozważania, które pan Michał Szczerba wnosi. Bardzo proszę o przejście do porządku obrad.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję bardzo. Miałam już taką samą ochotę. Bardzo proszę.

Poseł Andżelika Możdżanowska (PSL):

Pani przewodnicząca, ja tylko w kwestii dyskusji. Nie umniejszamy kompetencji doradcy pana ministra, to nie o to chodzi. Z całym szacunkiem, ale chcę poprzeć głos pana przewodniczącego Michała Szczerby, żeby jednakże osoby, które odpowiadają resortowo, czyli minister i jego sześciu zastępców, z taką samą pieczołowitością zajmowali się i Komisją Zdrowia, i Komisją Polityki Senioralnej, bo ona jest równie ważna. Dziękuję.

Poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Pani przewodnicząca, jedno zdanie. Mamy przygotowane materiały, które dostaliśmy, mogliśmy je przeanalizować. Teraz będą one referowane. Całkiem możliwe, że za chwilę pan minister będzie mógł wyjść z posiedzenia Komisji Zdrowia, dotrze do nas i wtedy będzie odpowiadał na pytania, które zadamy. Wierzę, że tak będzie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję bardzo. Kończymy dyskusję, myślę, że nie ma sensu jej przedłużać. Bardzo proszę pana Macieja Binkowskiego o zabranie głosu.

Doradca ministra zdrowia Maciej Binkowski:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Szanowni państwo, moje nazwisko Maciej Binkowski, doradca ministra zdrowia. W imieniu sekretarza stanu, pana ministra Jarosława Pinkasa, chciałbym serdecznie przeprosić państwa, że pan minister jeszcze do nas nie dotarł. Niestety, kalendarz zarówno posiedzeń komisji sejmowych, jak i prac resortu, jest dość brutalny. Chciałbym zapewnić, że pan minister bardzo dużą troską obdarza tematy związane z pracami tej Komisji, bardzo mu zależało, żeby w dniu dzisiejszym w tych pracach uczestniczyć. Jeśli tylko będzie możliwość opuszczenia posiedzenia Komisji Zdrowia, to na pewno do nas dołączy, jak również z wielką chęcią odpowie na wszystkie pytania, które państwo będą chcieli zadać. W międzyczasie chciałbym państwa zapoznać ze stanowiskiem Ministerstwa W kwestiach objętych dzisiejszym porządkiem obrad, które do naszego resortu zostały skierowane.

W ostatnim ćwierćwieczu w Polsce obserwuje się dynamiczny proces spowolnienia rozwoju demograficznego oraz znaczące zmiany w strukturze wieku mieszkańców. Wskazać należy, że trwający proces starzenia się ludności Polski, będący wynikiem korzystnego zjawiska, jakim jest wydłużenie trwania życia, jest pogłębiony niskim poziomem dzietności. Zmiany te są jednocześnie zintensyfikowane przez zwiększoną emigrację młodych osób. Opieka zdrowotna nad ludźmi starszymi wymaga podejścia holistycznego, tj. obejmującego aspekty zdrowia fizycznego, psychicznego, a także zakresy funkcjonowania oraz uwarunkowań społeczno-ekonomicznych. Zaznaczyć należy, że takie całościowe podejście jest standardem w geriatrii oraz wyróżnia tę gałąź medycyny wśród innych specjalizacji.

Zauważenia wymaga również fakt, że Polska jest zaliczana do krajów demograficznie starych już od lat 60. ubiegłego stulecia. Obecnie przynależy do krajów o zaawansowanej starości. W związku z wchodzeniem w starość roczników powojennych wyżu demograficznego prognozuje się dalsze przyspieszenia tempa starzenia.

Jak wskazują prognozy GUS z 2014 r., odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej będzie systematycznie wzrastał. W 2050 r. może on wynieść 30,2%. Podkreślenia wymaga fakt, że znacznie bardziej spektakularnie przebiegać będą zmiany odsetka ludności w wieku 80 lat i więcej, który w latach 2013-2050 zwiększy się ponaddwukrotnie, z 4 do 9,6%.

Należy zaznaczyć, że opieka geriatryczna w Polsce realizowana jest zgodnie z aktualnym stanem prawnym, tj. na warunkach określonych w tzw. rozporządzeniach koszykowych: 1) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 86); 2) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1413, z późn. zm.); 3) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520, z późn. zm.); 4) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1658); 5) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. poz. 1522); 6) ozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego.

Jednocześnie podkreślić należy, że minister zdrowia, dostrzegając problem starzenia się społeczeństwa polskiego, jak również niewystarczającej liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrii, przepisami cytowanego wyżej rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, zobowiązał świadczeniodawców udzielających świadczeń w trybie hospitalizacji planowej do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta…

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Przepraszam bardzo. Panie Macieju, czy chce pan nam czytać, czy jednak mógłby pan zreferować? Myślę, że część posłów zapoznała się z materiałem, który otrzymaliśmy od państwa. Prosiłabym o krótkie zreferowanie.

Poseł Urszula Rusecka (PiS):

Przepraszam, jeśli mogę, pani przewodnicząca. Drodzy państwo, są osoby, które mają przygotowane dla nas materiały, za które bardzo dziękujemy. Jeżeli możemy, prosimy dosłownie w trzech zdaniach podsumować, co z tych materiałów wynika. Jest bowiem bardzo dużo zacnych gości, których też chcielibyśmy wysłuchać, praktyków, którzy mogą się z nami podzielić swoją wiedzą raportową, ale też, przede wszystkim, jak to wygląda w pracy z ludźmi. Myślę, że powinniśmy o tym porozmawiać, bo więcej z tego wyniesiemy. Raporty, faktycznie, każdy może sobie sam przeczytać, chodzi tylko o główne wnioski, co z tych raportów wynika, ewentualnie, jak to się ma do tego, co było, w kilku zdaniach i potem przeszlibyśmy do dyskusji. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję pani poseł. Mogę pana prosić właśnie o trzy zdania?

Doradca ministra zdrowia Maciej Binkowski:

Moja prośba byłaby taka, żeby oddać jednak głos panu ministrowi, który chciałby te kwestie poruszyć, omówić pewne aspekty i pewne wątki podsumować. Myślę, że dublowanie się nie będzie do końca korzystne.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Proszę, panie pośle.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Pani przewodnicząca, szanując osobiście pana doradcę Macieja Binkowskiego, naprawdę nie możemy pozwolić na to, żeby w taki sposób podchodzić do pracy tej Komisji. Przypomnę też, że Radę Ministrów obowiązuje ustawa z 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów, która w sposób bardzo jasny precyzuje, kto może ją reprezentować, jak też prezesa Rady Ministrów. Takie upoważnienie do reprezentowania rządu przed Sejmem może otrzymać sekretarz stanu lub podsekretarz stanu w danym ministerstwie, pełnomocnik

rządu lub kierownik urzędu centralnego. Złą praktyką byłoby, na początku funkcjonowania pani przewodniczącej i tej Komisji, obniżanie pewnych standardów. Wydaje się, że w takiej sytuacji proponowałbym rezygnację z tych punktów, które dotyczą informacji ministra zdrowia w sytuacji absencji ministra zdrowia i absencji któregoś z sześciu jego wiceministrów. Jeżeli mamy prosić o zabranie głosu ekspertów, doradców czy też o koreferaty uzupełniające, to one muszą odnosić się do informacji ministra zdrowia. To minister zdrowia odpowiada za całokształt polityki zdrowotnej naszego kraju. Rozumiem, że możemy odczytywać informacje pisemne, ale wydaje mi się, że nie o to chodzi. Apelowałbym do pani przewodniczącej o poważne traktowanie tej Komisji oraz posłów, którzy są obecni na tej sali, jak i wszystkich gości.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję za troskę, panie wiceprzewodniczący. Chciałabym ogłosić 15 minut przerwy, mam nadzieję, że pan minister do nas dotrze.

Doradca ministra zdrowia Maciej Binkowski:

Poinformuję tylko, że Komisja Zdrowia właśnie kończy posiedzenie. Myślę, że 15 minut spokojnie nam wystarczy, proszę o cierpliwość. Moją rolą tutaj jest zapoznanie szanownej Komisji ze stanowiskiem…

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję bardzo. Piętnaście minut przerwy. Spotykamy się o godzinie 13:05.

[Po przerwie]

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Bardzo proszę państwa o zajęcie miejsc. Wznawiamy posiedzenie Komisji. Witamy pana ministra i przedstawicieli rządu. Panie ministrze, prosimy o informację na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa.

Sekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia Jarosław Pinkas:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, panie i panowie posłowie, szanowni państwo. Na wstępie słowo przeprosin. Byłem na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia od godziny 11:00. Była dość burzliwa, walczyłem o to, żeby w Polsce ograniczyć nikotynizm, papierosy i wszystko to, co jest groźne dla zdrowia, tak że proszę mnie usprawiedliwić. Wiem, że dzisiejsze posiedzenie Komisja Polityki Senioralnej także jest bardzo ważne, równie ważne, ale niestety, nie mam umiejętności bilokacyjnych, nad czym czasami ubolewam, pracując w resorcie zdrowia.

Proszę państwa, przesłaliśmy szanownej Komisji wszystkie materiały dotyczące zmian demograficznych i ich wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Ten materiał jest bardzo obszerny. Jestem głęboko przekonany, że państwo się z nim zapoznali. Może tylko w dwóch zdaniach powiem, że jest to jeden z priorytetów resortu zdrowia, oprócz polityki prokreacyjnej, to także godne starzenie się i wszystko to, co jest związane z *health-checking*. Prowadzimy istotne prace w resorcie. Muszę się pochwalić, że dzisiaj o godzinie piętnastej odbędzie się pierwsze posiedzenie Rady Zdrowia Publicznego, która będzie opiniowała przygotowany już projekt Narodowego Programu Zdrowia z celami operacyjnymi, w tym z celem senioralnym.

Problem jest gigantyczny. Nie mamy zastępowalności pokoleniowej w tej chwili, ale także jest to problem, żeby nasi obywatele mieli poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego i socjalnego, będąc już w zaawansowanym wieku. Pracujemy w tej chwili nad NPZ, który, myślę, w istotny sposób, przy bardzo pryncypialnym wdrożeniu… Mogę państwa zapewnić, że zrobię wszystko, żeby rzeczywiście te cele operacyjne były realizowane, a szczególnie cel senioralny… Jestem głęboko przekonany, że już w przyszłym roku będą pierwsze efekty.

Chcę także powiedzieć, że idziemy dobrą, mądrą drogą, którą także w poprzednim parlamencie zaobserwowaliśmy. Program senioralny rzeczywiście przebił się, jest niezwykle istotny i jest programem, który składa się już z coraz większej liczby konkretów. Takim konkretem jest właśnie NPZ i cel operacyjny związany z polityką senioralną.

Pani przewodnicząca, myślę, że nie będę omawiał tego, co jest w materiale, ale jeżeli pani pozwoli, będę odpowiadał na pytania, bo nie jestem w stanie omówić kilkudziesięciu stron, które państwu przesłaliśmy.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, zanim przejdziemy do zadawania pytań, prosiłabym jeszcze, bo to się nieodzownie wiąże, o informację na temat rozwoju geriatrii i gerontologii w Polsce. Potem przejdziemy do zadawania pytań.

Sekretarz stanu MZ Jarosław Pinkas:

Mamy nowy instytut, tak naprawdę nowy/stary, dlatego że do instytutu reumatologii dopisaliśmy jeszcze istotne słowa dotyczące geriatrii, tak że jest to Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji. W tej chwili podjęto już w nim istotne działania, żeby stał się on ośrodkiem referencyjnym, z którego będzie wypływała wiedza dla lekarzy rodzinnych, lekarzy innych specjalności, a także będzie to miejsce kształcenia specjalistów w zakresie geriatrii. Powstała już pierwsza, niestety jeszcze mała, klinika, która nie jest mocno zakorzeniona w instytucie, ale już na szczęście jest. Z tego co wiem, w tym miesiącu pierwszy rachunek za świadczenia zdrowotne udzielone w tej placówce będzie wystawiony Narodowemu Funduszowi Zdrowia, czyli klinika geriatryczna zaczęła funkcjonować. Wspomagałem także pana dyrektora, który siedzi koło mnie, ponieważ były pewne problemy ze zdobyciem kadry. Jest stosunkowo mała liczba samodzielnych pracowników nauki, którzy mogliby spełnić kryteria zarządzania tak istotną kliniką.

Zamierzamy również ten instytut w istotny sposób doposażyć, w tej chwili znajduje się on – przykro mi to powiedzieć, nie użyję żadnego eufemizmu – w opłakanej kondycji infrastrukturalnej. Wiele rzeczy musimy zmienić, żeby była to sztandarowa placówka, którą będzie się można chwalić. Kadra jest znakomita, ale infrastruktura jest fatalna. W tej chwili wspólnie z panią minister Głowalą pochylamy się nad problemem, w jaki sposób doposażyć ten instytut, a także zwyczajnie go wyremontować, żeby warunki pobytowe naszych pacjentów, pracy lekarzy i innego personelu medycznego, były istotnie lepsze.

Mamy niestety tylko ponad 300 geriatrów, jest ich bardzo, bardzo mało. Oczywiście tu jesteśmy pryncypialni. Wiadomo, że nie będzie sytuacji, w której każdy będzie miał swojego geriatrę, dochodząc do odpowiedniego wieku. Tak być nie może. Geriatrzy mają krzewić wiedzę, mają prowadzić ośrodki dydaktyczne, mają być konsultantami lekarzy opieki podstawowej, którzy dzięki tym geriatrom, dzięki działalności instytutu geriatrii, powinni być doskonale wykształceni, jeżeli chodzi o specyficzny proces prowadzania diagnostyki i terapii osób starszych. To jest trochę inna medycyna, trzeba jej się uczyć, trzeba swoją wiedzę co chwila aktualizować, bo zmieniają się standardy. Od tego jest instytut. Te działania będziemy wspierać.

Tak jak powiedziałem, najważniejsze dla nas jest kształcenie kadry medycznej. Doprowadziliśmy w tej chwili do sytuacji, w której lekarze specjaliści z zakresu chorób wewnętrznych, którzy mają przynajmniej 5-letnie doświadczenie w pracy na oddziale chorób wewnętrznych, będą mogli tę specjalizację zdobyć tzw. krótką ścieżką. Jestem głęboko przekonany, że dzięki instytutowi odbędzie się to bez obniżenia standardów kształcenia. One muszą być na poziomie światowym, tak jak to powinno wyglądać.

Warto też pamiętać, że pochylamy się nad farmakoterapią osób starszych. Bardzo istotna będzie pierwsza lista senioralna dla pacjentów 75+. Chodzi o to, żeby ona była dedykowana chorobom wewnętrznym, specjalnie chorobom, które występują u osób starszych. Będą tym zawiadywali lekarze opieki podstawowej. Jest z tym w tej chwili pewien problem – niektórzy uważają, że będzie to kolejne narzucenie zadań, na które nie ma finansowania, a tak naprawdę mieści się to w zakresie kompetencji lekarza rodzinnego. Jest to jedyna szansa zapanowania w tej chwili nad budżetem. W tym roku nie jest on specjalnie duży – 150 mln zł, ale już w 2017 r. będzie to pół miliarda złotych. Musimy pochylić się nad problemem, żeby nie było nadużyć, żeby nie było gromadzenia leków i sytuacji, że leki nie trafiają do osób, do których powinny trafić. To muszą być rzeczywiście leki dedykowane, prawie spersonalizowane, dla pacjentów w wieku starszym.

Rozmawialiśmy z NFZ, pan dyrektor dostał istotne wsparcie, jest kontrakt na oddział geriatryczny i, tak jak powiedziałem, za chwilę będą pierwsze rozliczenia. Ten oddział jest jeszcze mały, ale mam nadzieję, że w momencie, gdy poprawi się infrastruktura instytutu, ten oddział będzie w istotny sposób powiększony. Mamy plany pozyskania dla niego odpowiednich pomieszczeń. Na terenie instytutu geriatrii znajduje się jeszcze inny instytut, być może uda się nam go przeprowadzić i doprowadzić do jednorodnej działalności związanej z geriatrią, reumatologią i rehabilitacją, co w istotny sposób ze sobą współgra, taki jest logiczny ciąg zdarzeń.

To tyle, pani przewodnicząca. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję bardzo panu ministrowi. Proszę teraz gości, którzy chcą zadać pytanie, brakuje im informacji. Bardzo proszę.

Wiceprezes Obywatelskiego Parlamentu Seniorów prof. Janusz Szymborski:

Informacji nie brakuje, tylko chciałbym wypowiedzieć się w odniesieniu do materiałów, które zostały przedstawione, i odwołać się do własnych badań w tym zakresie, w jaki sposób proces starzenia się społeczeństwa wpłynie na sytuację zdrowotną i na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Dane GUS są oczywiste – można spodziewać się istotnego pogorszenia stanu zdrowia społeczeństwa, zwiększenia odsetka ludności obarczonej niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi. Na pewno zwiększy się, to wynikało z przedstawionych badań, odsetek osób potrzebujących porad w podstawowej i ambulatoryjnej specjalistycznej opiece zdrowotnej i usług opiekuńczych. To jest jedna część prawdy.

Z tym łączy się dosyć powszechne przekonanie, że na skutek starzenia się społeczeństwa i zwiększenia potrzeb osób starszych, gwałtownie wzrastają koszty leczenia. Takiej zgody nie ma. Uważam, że nie możemy obarczać odpowiedzialnością za gigantyczny wzrost kosztów ochrony zdrowia samego procesu starzenia się. Badania wykazują, że to nie ludzie starsi rozbijają bank, rozbijają budżety. W 80% odpowiedzialne za wzrost kosztów leczenia są choroby przewlekłe – w każdym wieku, a nie tylko wśród osób starszych. Koszty leczenia chorób przewlekłych w wieku produkcyjny są o wiele wyższe niż koszty leczenia osób starszych, bo dochodzą ogromne koszty pośrednie absencji chorobowej.

Bardzo się cieszę, że w czasie obrad tej Komisji nie wybrzmiewa nuta przerzucania odpowiedzialności na osoby starsze za to, że są jakieś problemy w ochronie zdrowia. Wniosek z tego jest następujący – na każdym etapie życia, także w wieku starszym, trzeba poświęcać o wiele więcej uwagi promocji zdrowia, zapobieganiu czynnikom ryzyka, na profilaktykę zagrożeń i chorób. To jest jedna kwestia, którą chciałem poruszyć.

Druga dotyczy miejsca osoby starszej w obecnym systemie podstawowej opieki zdrowotnej, jak i specjalistycznej ambulatoryjnej. Ale to chciałbym zostawić, a powiedzieć o czymś bardzo pozytywnym w odniesieniu do wysoko specjalistycznego lecznictwa szpitalnego. Miałem okazję uczestniczyć w konferencji, na której wybitni polscy kardiolodzy i kardiochirurdzy przedstawiali informacje na temat osiągnięć w tym zakresie. Okazuje się, że wśród osiągnięć polskiej kardiologii i kardiochirurgii, która uzyskała poziom porównywalny z krajami wysoko uprzemysłowionymi, jest także wzrost, zwiększenie średniego wieku osób operowanych. Dzisiaj 80-latek czy 85-latek, to na oddziale kardiochirurgii nie jest żaden szok, operuje się dzisiaj osoby w tym wieku.

To jest coś niezwykle pozytywnego. Z jednym wyjątkiem. O ile poziom leczenia specjalistycznego, kardiochirurgicznego, jest na najwyższym poziomie także dla osób starszych, to niestety nie dotyczy to rehabilitacji. Proszę sobie wyobrazić, że to jest problem dla całej populacji. Tylko 30% osób do 65. roku życia uzyskuje rehabilitację pozawałową. Wśród osób w wieku 65-79 tylko 20%, a wśród osób powyżej 80. roku życia tylko 6%. To jest, panie ministrze, kwestia do przeanalizowania, do sprawdzenia. Wiem, że państwo w sejmowej Komisji Polityki Senioralnej planują specjalne posiedzenie Komisji poświęcone rehabilitacji. Byłoby bardzo interesujące wiedzieć, co na ten temat sądzicie.

Na koniec. Chciałbym przekazać swoje odczucie, że w większym stopniu osoby odpowiedzialne za system opieki zdrowotnej powinny traktować osoby starsze 65+ jako

pewien potencjał do rozwiązywania problemów istniejących w systemie opieki zdrowotnej, w systemie ochrony zdrowia. Mam na myśli np. wolontariat. Wiem, że podejmuje się działania, żeby kształcić opiekunów medycznych, specjalistów, ale zanim wyszkolimy tylu opiekunów, żeby potrafili zająć się rosnącą populacją osób starszych, to trzeba najpierw skorzystać z usług tych osób starszych, które są jeszcze w stanie świadczyć, w większym zakresie niż dotychczas, pomoc paramedyczną dla seniorów. Dotyczy to także działań w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję bardzo za tak cenne podsumowanie i uwagi, nad którymi będziemy się pochylać i przyglądać tym wszystkim sugestiom, które są ważne dla seniorów.

Proszę bardzo. Proszę się przedstawić.

Przedstawiciel Polskiej Unii Seniorów Katarzyna Elżbieta Pawlak:

Nazywam się Katarzyna Elżbieta Pawlak, reprezentuję Polską Unię Seniorów. Mam do pana ministra kilka pytań. Pierwsze – gdzie znajduje się ten instytut geriatrii i reumatologii, który jest w takim opłakanym stanie, bo w większości tego nie wiemy. Drugie pytanie – czy ministerstwo planuje budowę innych placówek w innych miejscach? Trzecie – co w związku z tym, że mamy tak mało lekarzy geriatrii? Czy planują państwo szerzyć ten problem wśród studentów? Spotykam się z nimi i nie słyszę, żeby mieli możliwość rozwoju w tym kierunku. Czwarte – czy mają państwo założenia w sprawie budowy domów senioralnych? Są również zdrowi seniorzy, ale nie mogą już sami żyć w swoich mieszkaniach, powinniśmy patrzeć na kraje Unii Europejskiej i budować domy senioralne. Czy mają państwo takie plany? Czy chcą państwo wspierać prywatnych przedsiębiorców, którzy chcą takie domy senioralne budować? Piąte pytanie – czy planują państwo wspierać wolontariuszy, patrz np. Polska Unia Seniorów, w działaniach aktywizacji seniorów? Do tej pory na składane wnioski do gmin, miast, jak również zgłaszane w rozmowach z posłami i senatorami nie mamy w żadnym, nawet najmniejszym odsetku pozytywnych odpowiedzi. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję bardzo. Proszę, pani Imiołczyk.

Dyrektor Centrum Projektów Społecznych Biura Rzecznika Praw Obywatelskich Barbara Imiołczyk:

Barbara Imiołczyk, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Jestem dyrektorką Centrum Projektów Społecznych, a jednocześnie od kilku lat współprzewodniczącą Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, drugą współprzewodniczącą jest pani profesor Barbara Szatur-Jaworska, polityk społeczny i gerontolog.

Chciałabym się ograniczyć do pytań do pana ministra z ewentualnymi komentarzami, ale na początek chciałabym powiedzieć, że rzecznik praw obywatelskich w kwestii, która dzisiaj zajmuje Wysoką Komisję, występuje regularnie od wielu lat zarówno do ministra zdrowia, jak i ministra rodziny, pracy i polityki społecznej. Mam przed sobą wystąpienie z 19 grudnia 2011 r. do ministra zdrowia, dokładnie w tej samej sprawie, w którym m. in. napisane jest, że „funkcjonujący system finansowania świadczeń geriatrycznych nie uwzględnia specyfiki terapii i opieki geriatrycznej i skazuje geriatrię na marginalizację". Cytuję to dlatego, że chcę przy pytaniach do tej tezy jeszcze wrócić. Również jest tam mowa o tym, że właściwie niewiele się w Polsce dzieje w kwestii zarówno leczenia, jak i wsparcia osób i rodzin osób starszych, które zapadają na choroby otępienne, których będzie w tej grupie wiekowej coraz więcej, a najwięcej osób choruje na chorobę Alzheimera. Zainteresowanie rzecznika tym tematem nie jest incydentalne tylko systemowe i wieloletnie.

Teraz chciałabym przejść do pytań, które mam do pana ministra. Zacznę od tego szerszego materiału, informacji na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa. Po pierwsze, bardzo mnie ucieszył zapis na stronie 13, który mówi o tym, że opracowanie i wdrożenie zasad koordynacji opieki nad osobami starszymi, we współpracy z jednostkami organizacji pomocy społecznej, będzie jednym z głównych punktów programu ochrony zdrowia, dlatego że to, na co cierpimy od lat i z czym trudno

sobie poradzić, nie tylko na poziomie centralnym, ale również na poziomie samorządowym, to jest właśnie brak koordynacji między tymi dwoma obszarami. To jest ogromna bolączka. Bardzo się cieszę, że ten zapis się tutaj znajduje, bo on daje nadzieję, że rzeczywiście prace w tym kierunku przyniosą efekty.

Druga sprawa. Mowa jest o rozwoju usług geriatrycznych, o tym państwo piszą, o tym mówi też minister Radziwiłł. Jest to w pkt. 5, również na stronie 13 – rozwój usług i ośrodków geriatrycznych oraz wprowadzenie elementów geriatrii i tak dalej. Pan minister był uprzejmy powiedzieć, co geriatrzy powinni robić: badać, uczyć, szkolić innych. Mam nadzieję, że geriatrzy będą dalej leczyć, a usługi geriatryczne będą rozwijane. W tej chwili pan minister Radziwiłł też przyznaje, że 340 geriatrów w Polsce to zdecydowanie za mało, że w związku z tym powinniśmy kształcić innych. Zgoda, tylko chciałabym zwrócić uwagę na to, na co również geriatrzy zwracają uwagę, że nie wystarczy wykształcić geriatrę, nie wystarczą nawet miejsca dla rezydentów, co ostatnio się stało. Jeżeli będziemy mieli taki system rozliczania usług geriatrycznych jak do tej pory, to będziemy mieli taką praktykę, jaka w tej chwili jest. Powołuję się tu na zdanie pani profesor Bień, która jest geriatrą w klinice w Białymstoku, a która pisze do mnie, że w ciągu ostatnich sześciu miesięcy odeszło od niej czterech geriatrów na pulmunologię, diabetologię i nefrologię, bo tam lepiej zarabiają. U nas geriatrzy zarabiają o 20% mniej niż pielęgniarki.

To jest mój komentarz i moja uwaga do planów pana ministra i Ministerstwa Zdrowia – żeby pracując nad systemem kształcenia i rozwoju, pomyśleć też o tym, przeanalizować, jak jest zbudowany system finansowania przez NFZ. Obawiam się, że jeżeli to nie zostanie zmienione, to pieniądze wydane na kształcenie mogą się nie do końca opłacić. Chociaż oczywiście lekarz nefrolog, który jest geriatrą czy diabetolog, czy pulmonolog, który jest geriatrą, to jest wielki zysk. Rozumiem, że nam przede wszystkim chodzi o to, żeby geriatrzy pracowali jako geriatrzy.

Chcę zapytać pana ministra, czy w związku z tym, że rzeczywiście bardzo dużym problemem jest wzrost kosztów finansowania różnych usług medycznych, znane są panu ministrowi wyniki analiz, które wskazują na to, że pacjent geriatryczny w pewnej perspektywie jest znacznie tańszy niż pacjent, który jest np. obsługiwany przez oddział ogólny, oddział internistyczny? Że poprawia to nie tylko jakość życia pacjenta starszego, ale również zapobiega zjawiskom bardzo negatywnym, o których państwo piszą w materiale, mianowicie zjawisku, które się nazywa… Nie umiem przypomnieć sobie w tej chwili fachowego słowa, ale chodzi o to, że na skutek podawania przez różnych specjalistów różnych leków może dochodzić do zatrucia. Poli…

Głos z sali:

Polipragmazja.

Dyrektor CPS BRPO Barbara Imiołczyk:

Właśnie o to chodzi. Jest to w tej chwili zjawisko wśród osób starszych nagminne. Najlepiej geriatrzy potrafią to zjawisko zdiagnozować oraz wyleczyć poprzez całościowe badanie i eliminację nadmiaru leków.

Piszą państwo na str. 14, w punkcie 4, że będą analizować adekwatność i efektywność udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych osób starszych, pytam – czy znają państwo wyniki tych analiz, które mówią o tym, że geriatria bardzo się opłaca i może obniżyć koszty finansowania z funduszu zdrowia?

Jeszcze jedno pytanie związane z tym, o czym jest na str. 15. Obecnie są państwo na etapie opracowania map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego. Chciałam zapytać – czy te mapy będą również uwzględniać geriatrię? To jest istotne z punktu planowania rozwoju sieci, ale również planowania w przyszłości wydatkowania pieniędzy.

Jeszcze pytania do drugiego materiału, informacji na temat rozwoju geriatrii i gerontologii w Polsce. Na pierwszej stronie ostatni akapit mówi o tym, że w 2007 r., we współpracy z PTG, utworzono Zespół ds. Geriatrii przy Ministrze Zdrowia. Czy zamierzają państwo skorzystać z uwag i rekomendacji tam zawartych, ponieważ część z nich jest

w dalszym ciągu aktualna? Może warto byłoby, zanim państwo zaczną badać, sięgnąć po to, co tam jest zapisane. Mogłoby to oszczędzić pieniądze i przyspieszyć proces podejmowania decyzji.

Na str. 3 w pkt. 6 – to się odnosi bezpośrednio do Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji – kształcenie kadr medycznych w geriatrii, w tym także na obcej bazie klinicznej. Rozumiem to w ten sposób – jeżeli źle rozumiem, to proszę mnie poprawić – że będą państwo wykorzystywali możliwość kształcenia kadr w tych ośrodkach, gdzie obecnie pracują najlepsi geriatrzy w Polsce. Wydaje mi się, w odniesieniu do tego, o czym mówiła pani z Polskiej Unii Seniorów, że jak najmniej pieniędzy powinniśmy poświęcać na wznoszenie budynków, a jak najlepiej wykorzystywać to, co w tej chwili mamy.

Jeszcze na koniec informacja również dla pani, ale myślę, że też dla innych państwa – nasza Komisja, której członkiem jest również obecny tu pan profesor Błędowski, z udziałem pana profesora i pani profesor Barbary Szatur-Jaworskiej, przygotowuje model wsparcia osób starszych w środowisku lokalnym, który będziemy chcieli z państwem i z samorządami bardzo szeroko konsultować. Będzie tam mowa o wszystkich metodach wsparcia, o których pani wspominała, czyli celem będzie spowodowanie, żeby system wsparcia pozwolił osobom starszym jak najdłużej przebywać u siebie. Mam nadzieję – zapraszam wszystkich państwa do konsultowania tego materiału – że tam znajdzie pani również odpowiedź na niektóre ze swoich pytań. Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję bardzo. Proszę, pani Barbara Kucharska.

Pełnomocnik ds. Polityki Senioralnej Samorządu Województwa Mazowieckiego Barbara Kucharska:

Barbara Kucharska, samorządu woj. mazowieckiego, pełnomocnik ds. polityki senioralnej. Miałam okazję z panem ministrem uczestniczyć dawno, dawno temu w pracach nad zintegrowanym systemem opieki samorządowej – to było wiele lat temu. Mam pytanie w związku z tym na skróty – czy wracamy do tego, żeby móc zrealizować wytyczne UE dotyczące deinstytucjonalizacji usług zarówno socjalnych, jak i medycznych? Są przygotowane przez Unię wytyczne do strategii deinstytucjonalizacji w obszarze usług społecznych, czyli niemedycznych. Takie prace trwają – czy takie same prace trwają w resorcie zdrowia, ponieważ celem jest integracja usług? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję bardzo. Panie profesorze, proszę.

Dyrektor Instytutu Gospodarstwa Społecznego Szkoły Głównej Handlowej prof. Piotr Błędowski:

Piotr Błędowski, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie. Mam dwa pytania, na które odpowiedź może sprowadzić się do słowa tak lub nie. Podczas ostatniej konferencji poświęconej wyzwaniom ochrony zdrowia, która odbyła się w Katowicach, uczestniczyli w niej: pani przewodnicząca i pan minister – w trakcie kilku paneli pojawiał się wątek, że w kontekście demograficznego starzenia się ludności każdy minister powinien być teraz ministrem zdrowia i zwracać uwagę na aspekty związane ze starzeniem się społeczeństwa. W związku z tym mam pytanie – czy pan minister przewiduje, że Rada ds. Zdrowia Publicznego swoim zakresem zadań będzie obejmowała nie tylko koordynację, ale także rozszerzanie poziomu edukacji dotyczącej konsekwencji starzenia się naszego społeczeństwa?

Jeżeli mówię o tych konsekwencjach, to dotyczy tego drugie pytanie. Chciałem zapytać o horyzont czasowy. Otóż wiadomo, że proces demograficznego starzenia się ludności będzie trwał co najmniej jeszcze przez kilka dekad. W związku z tym chciałem spytać – jakiego okresu dotyczą plany ministerstwa w zakresie polityki kadrowej, jak i inwestowania w ten obszar zadań? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję bardzo. Proszę, pani Zientek.

Przedstawiciel Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej Monika Zientek:

Monika Zientek. Jestem z Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej i reprezentuję grupę osób chorych na zapalne choroby reumatyczne. Mam pytanie związane z zadaniami Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji. Z uwagą przysłuchuję się pracom Komisji, jestem pod ogromnym wrażeniem tych prac, zaangażowania osób, które uczestniczą w tym posiedzeniu. Mam jednak wrażenie, że zapominamy o tym, na jakiej bazie powstał instytut geriatrii, czyli reumatologii. Moje pytanie jest związane z kliniką wieku rozwojowego – jakie są plany ministerstwa co do tej kliniki? Czy ona zostanie utrzymana? Chciałabym otrzymać zapewnienie, że wszystko jest pod kontrolą i nic się tam złego nie stanie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z naszych gości ma jakieś pytanie dodatkowe? Nie. To proszę, panie ministrze… Przepraszam, jeszcze wiceprzewodniczący Michał Szczerba.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Szanowna pani przewodnicząca, panie ministrze, Wysoka Komisjo. Dziękujemy za ten materiał, to jest pewien etap naszej dyskusji na temat tworzenia warunków na rzecz zdrowego starzenia się w naszym kraju oraz na temat rozwoju geriatrii i gerontologii w Polsce. Oczywiście, jako Komisja Polityki Senioralnej w poprzedniej kadencji obserwowaliśmy powstawanie instytutu. Razem z profesor Józefą Hrynkiewicz miałem przyjemność wizytować instytut i powstający szpitalny oddział geriatryczny. Duże nadzieje z tą instytucją wiążemy, w szczególności w zakresie tworzenia modelowych rozwiązań dla innych oddziałów geriatrycznych, dla wyceny usług, które są potrzebne NFZ.

Otrzymaliśmy informację na temat prac w samym NFZ w zakresie wycenienia i zakontraktowania w leczeniu ambulatoryjnym całościowej oceny geriatrycznej. Pytanie do pana ministra – na jakim etapie zmiany rozporządzenia czy zarządzenia prezesa NFZ jesteśmy w tym zakresie? Całościowa ocena geriatryczna również w przypadku pacjentów nieznajdujących się na oddziałach szpitalnych, ale pozostających pod opieką poradni jest niezbędna, aby dobrze określić stan pacjenta, w tym psychofizyczny, jego samodzielność, jego potrzeby. To jest rzecz, o którą chciałbym zapytać.

Jeżeli rozmawiamy o starzejącym się społeczeństwie, o zmianach demograficznych i ich wpływie na organizację systemu ochrony zdrowia, zawsze pojawia się temat sytuacji osób chorych na chorobę Alzheimera i choroby otępienne. Bez tego zagadnienia, bez odważnej polityki i działań w tym zakresie, nie naprawimy sytuacji. Wzrastający odsetek osób niesamodzielnych w grupie wiekowej 60+ jest tak duży, iż rodziny, opiekunowie nie są w stanie sobie poradzić z opieką nad osobami, które wymagają wsparcia przez 24 godziny na dobę. Wydaje się, że istniejąca i funkcjonująca struktura zakładów opiekuńczo-leczniczych czy też innych placówek oraz domów pomocy społecznej, jest niewystarczająca. W tym zakresie oczekujemy bardziej ambitnych działań ministra zdrowia oraz współpracy z ministrem rodziny, pracy i polityki społecznej, bo jest to poważny problem. Każdy kto się z nim zetknął, wie, jak dużym obciążeniem, również dla młodszych pokoleń, jest opieka nad osobą niesamodzielną, w tym w szczególności z tą, która cierpi na chorobę otępienną, jaką jest choroba Alzheimera.

Chciałbym zapytać pana ministra, mając pełną świadomość tego, że pan minister Pinkas z wielką życzliwością podchodzi do tych zagadnień, zadać krótkie pytanie – jak minister zdrowia zamierza rozwijać geriatrię i gerontologię w naszym kraju? Doprowadzając do zwiększenia liczby lekarzy geriatrów? Doprowadzając do zwiększenia oddziałów szpitalnych, poradni geriatrycznych? To są kluczowe pytania, na które chcielibyśmy uzyskać odpowiedź. Bo stan obecny, diagnoza jest nam wszystkim znane, a chodzi o konkretne działania, które można w tym zakresie podjąć.

Drugie pytanie, bo na ostatnim posiedzeniu Komisji nie otrzymaliśmy pełnej odpowiedzi na to zagadnienie. Jak minister zdrowia na tym etapie ocenia pilotaż dziennych domów pomocy medycznej? On był realizowany od połowy zeszłego roku. Czy już na tym etapie jesteśmy w stanie wskazać, sformułować jakieś wnioski, uwagi? Czy ten projekt będzie rozwijany, być może dzięki środkom krajowym, ponieważ wiemy, że dzienne domy

pomocy medycznej w ramach tego pilotażu były projektem współfinansowanym ze środków unijnych? Na tym etapie to jest wszystko. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję bardzo, panie pośle. Pani poseł Glenc.

Poseł Teresa Glenc (PiS):

Panie ministrze, pani przewodnicząca. Chciałam wyrazić wielkie zadowolenie i ukłonić się w kierunku ministerstwa za te informacje, które już otrzymaliśmy. Mam świadomość, że MZ zajmuje się nie tylko geriatrią, ale wieloma innymi sprawami, a w tym krótkim czasie doczekaliśmy się już wielu projektów, wielu dokumentów. Jeśli chodzi o organizację systemu ochrony zdrowia i NPZ dotyczący geriatrii, moje zdanie jest takie – wyrażam naprawdę wielkie zadowolenie, ponieważ praca idzie w dobrym kierunku. Czytając wnikliwie te dokumenty, na pytanie, co wymaga naprawy, odpowiedziałabym, że potrzeba bardzo szerokiej analizy w zakresie geriatrii. Cieszę się, że zauważa się problem starzenia się polskiego społeczeństwa i składa konkretne propozycje. Mam na myśli przede wszystkim to, że dostrzega się brak lekarzy geriatrii i składa się propozycje w kierunku kształcenia poprzez kursy, poprzez szkoły policealne. Pytanie do pana ministra – czy jest już – na pewno nie, bo wymaga to jeszcze analizy – jakaś konkretna reforma edukacji młodzieży właśnie w szkołach policealnych i na kursach? Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję bardzo. Proszę, pani poseł Kaczorowska.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Panie ministrze, Wysoka Komisjo, szanowni państwo. Mam pytanie do pana ministra – czy prawdą jest, że MZ chce przesunąć ciężar opieki nad osobami starszymi niepełnosprawnymi z form instytucjonalnych na opiekę domową? Chcę zapytać, jaka rola przypadałaby osobom, który by przeszły na wcześniejszą emeryturę, przed ukończeniem 67 lat? Czy byłoby to jakieś rozwiązanie w dziedzinie opieki? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję bardzo. Proszę jeszcze pana wiceprzewodniczącego Sławomira Zawiślaka.

Poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Panie ministrze, dziękuję za rzetelne przygotowanie materiału na dzisiejsze posiedzenie Komisji. Na sali panuje zgodność, jeśli idzie o pracę w celu zorganizowania bardzo ważnej pomocy, także na rzecz osób starszych. Chciałbym poruszyć kilka kwestii, być może będę się trochę powtarzał, ale zrobię to bardzo szybko. W związku z wprowadzeniem w większości oddziałów szpitalnych procedury oceny geriatrycznej pacjenta, tj. wielokierunkowego procesu diagnostycznego o charakterze interdyscyplinarnym, chciałbym zapytać – co z tego faktu będzie wynikać? Czy lekarze będą przygotowani do dalszego postępowania z taką osobą, bo zasadne wydaje się przeprowadzenie szkoleń w zakresie geriatrii dla lekarzy różnych specjalności. Do tej pory, jak wiemy, na przestrzeni dłuższego czasu, wynika to także z przedłożonej przez pana ministra informacji, przeszkolenie przeszło około 1400 lekarzy POZ. Wobec tego – czy takie szkolenia będą dla lekarzy organizowane? Ponadto, w obliczu ustalonego już dzisiaj w Komisji braku lekarzy geriatrii w Polsce – niektórzy liczą, że powinno ich być około 800, a łóżek w szpitalach około 8 tys. – czy MZ planuje jakieś działania polepszające tę sytuację, np. poprzez zwiększenie liczby specjalizacji lekarskich, które mogłyby krótką, 2/3-letnią ścieżką realizować specjalizację, np. specjalista rehabilitacji medycznej?

Drugi temat, też poruszony wcześniej, ale ja może trochę konkretniej. Jakie konkretne działania będzie podejmowało MZ w celu poprawy dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, poprawy jej jakości w sytuacji, gdy działania integrujące instytucje opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej nie są w tym momencie, jak się wydaje, zsynchronizowane. Brakuje przekazu między instytucjami na temat sytuacji środowiskowej i medycznej pacjenta. Obecnie długotrwała opieka nad niedołężnymi i poważnie chorymi osobami w starszym wieku, zdaniem wielu Polaków, spoczywa głównie na rodzinie, niedostatecz-

nie wspomaganej od lat usługami medycznymi, pozamedycznymi, przez system opiekuńczy państwa polskiego. Brakuje komunikacji między specjalistami, między lekarzami POZ, to sprzyja wcześniej wymienionej polipragmazji, która generuje olbrzymie koszty poprzez finansowanie niepotrzebnych leków, czy leczenie skutków ich zażywania.

Trzeci temat, to już było wspominane, ale powtórzę, bo to jest ważne. Czy w projektach dotyczących polityki senioralnej są przewidziane fundusze na tworzenie nowych podmiotów leczniczych, zakładów opiekuńczo-leczniczych, oddziałów rehabilitacji medycznej, oddziałów medycyny paliatywnej? Czy znajdzie się miejsce na tworzenie takich oddziałów również dla podmiotów prywatnych, fundacji i stowarzyszeń? Wiemy, że obecny system jest w stanie zapewnić tylko kilku procentom osób starszych miejsca w podobnego typu instytucjach. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję bardzo. Dziękuję członkom naszej Komisji, posłom, dziękuję zaproszonym gościom za pytania. Teraz proszę pana ministra, bo było dużo pytań. Bardzo proszę o jak najszerszą, zadowalającą, mam nadzieję, informację. Może nie wszystkie odpowiedzi będą nas satysfakcjonowały, ale myślę że w razie czego będziemy nad nimi pracowali.

Sekretarz stanu MZ Jarosław Pinkas:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Panie i panowie posłowie, szanowni państwo. Wiele pytań jest absolutnie istotnych i bardzo dziękuję za ich postawienie, dlatego że zadały mi je osoby, z którymi pracowałem wiele lat nad problemem, nad którym się w tej chwili pochylam. Dla mnie jest to pewnego rodzaju *deja vu*, bo mniej więcej 20 lat temu wspólnie z panią Barbarą Kucharską i panem profesorem Błędowskim tworzyliśmy w Polsce ideę Centrum Usług Socjalnych. Miała to być integracja systemów opieki zdrowotnej i opieki socjalnej. Byliśmy pełni optymizmu, że to jedyna droga, którą powinniśmy pójść. Gdzieś się nam po drodze to wszystko zagubiło. W tej chwili, a słyszę, że wszyscy mówimy jednym głosem, najbardziej istotne dla kompleksowego rozwiązania problemów ludzi starszych jest wrócenie do tych dwóch słów – integracja i koordynacja. To są słowa, które w każdym wystąpieniu pana ministra Radziwiłła, także innych ministrów, w tej chwili się pojawiają.

Dwa systemy, system związany z opieką socjalną i system związany z opieką medyczną muszą być w tym samym miejscu, one muszą być dostępne tam, gdzie się mieszka. Nie może być żadnej atomizacji, dyspersji. Ludzie muszą mieć takie miejsce, w którym będą mieć poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego i bezpieczeństwa socjalnego. Taki miejscem niewątpliwie jest instytucja, powtarzam, instytucja lekarza rodzinnego, to miejsce, w którym pielęgniarka środowiskowo-rodzinna, lekarz rodzinny, pracownik socjalny, powinni rozwiązywać, namierzać, analizować problemy osób, które się do nich zgłaszają. Bardzo często jest tak, że wiele problemów namierza lekarz i później nie ma transmisji do szeroko rozumianego systemu społecznego. Tak być nie powinno. Działa to także w drugą stronę. Integracja jest rzeczą najważniejszą.

Muszę się państwu pochwalić. Byłem niezwykle dumny z mojego środowiska dlatego, że w tej chwili pan minister Radziwiłł powołał zespół ds. ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Ubolewam nad tym, nie nadzoruję pracy tego zespołu, ale jako człowiek, który serce zostawił w POZ i zresztą dalej je tam ma, zerknąłem do założeń zespołu. Te założenia zostały opracowane przez samych lekarzy. Jednym z istotnych elementów jest powrót do idei sprzed lat 20, czyli zintegrowania systemu. Samo środowisko lekarskie, a także pielęgniarskie, powiedziało, że tak dalej być nie może. To bardzo dobrze rokuje. My oczywiście będziemy wspierać tego typu działania, mamy już swoje doświadczenia, sądzę, że będziemy bardzo pryncypialni, bo większość rzeczy, o których dzisiaj mówimy, jeżeli one się nie udały, to przez brak pryncypialnego postępowania i konsekwencji w działaniu, to znaczy, był objazd dobrej drogi, i stąd jest bardzo wiele problemów.

Jeden z istotnych problemów, tak go oceniam, który się tutaj pojawił, to kwestia, czy tak naprawdę wszystkim powinno zajmować się państwo, czy wszystkie pytania powinny być zadane resortowi zdrowia, rodziny itd.? Trochę zapomnieliśmy o idei działań *pro publico*, związanych z szeroko rozumianymi instytucjami charytatywnym. Generalnie w Polsce nie działa też dobrze idea wolontariatu. Zastanawiam się, co resort zdrowia –

mogę mówić w imieniu resortu zdrowia – może zrobić, żeby np. osoby, które chcą komuś pomóc, mogły trafić do szpitala, gdzie byłyby przewodnikami po szpitalu dla ludzi, którzy tam leżą. Znają państwo amerykańskie szpitale, jak nie z wizyt studyjnych to z różnych filmów, w których bardzo często ludzie starsi, ale sprawni, mają kamizelką, gdzie jest napisane *May I Help You?* Jak mogę pomóc? Oni się czują potrzebni, oni krążą między gabinetami, sterują ruchem, udzielają wsparcia mówiąc, byłem na tym samym miejscu, miałem tę chorobę. *Don´t worry*, wszystko będzie dobrze. To jest taka kwestia, że gdyby się pojawiła i była dedykowana osobom starszym, byłaby czymś zupełnie nadzwyczajnym. Oczywiście pytanie – co możemy zrobić, żeby taką ideę implementować?

Chcę powiedzieć także, ponieważ są na sali organizacje pozarządowe, że mamy fantastyczne wsparcie w państwie. Osoby młodsze też mogłyby pomagać, żeby idea wolontariatu była szeroka, żeby to była trwała wartość, która powinna służyć osobom starszym.

Abstrahując od dzisiejszego spotkania, chcę jeszcze powiedzieć, może to powinno być dedykowane wszystkim tym, którzy chcą zostać lekarzami. Na ostatniej konferencji – przepraszam za tę dygresję, ale ona jest ważna – na ostatnim spotkaniu KRAMU, czyli zespołu wszystkich rektorów uczelni akademickich medycznych, spotkałem się z sugestią, że każdy kto aplikuje o studia medyczne powinien odbyć roczną praktykę wśród osób starszych w szpitalu, w oddziale, w DPS, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, czy gdziekolwiek, żeby mieć kontakt z ludźmi, którzy czegoś od niego oczekują. Powinien sobie zadać pytanie – czy jestem na tyle empatyczny, żeby w ogóle ten zawód pełnić i aplikować o to, by zostać lekarzem, pielęgniarką? Ten temat jest bardzo szeroki.

Kolejne, niezwykle ważne pytanie, to jest kwestia modelu, na który nas stać i kwestia tego – jak oceniać stan kadr medycznych? Czy możemy na tej podstawie myśleć o jakichś szybkich zmianach? Proszę państwa, lekarzy mamy 2 na tysiąc mieszkańców, jesteśmy przedostatnim krajem w Europie. Pierwsza rzecz, jaką zrobiliśmy w resorcie zdrowia – wykonałem oczywiście dyspozycje pana ministra Radziwiłła – to zaapelowanie i uzyskanie zgody wszystkich rektorów uczelni medycznych na to, żeby w październiku tego roku było o 15-20% studentów medycyny więcej. To jest podstawa, od tego zaczynamy. Później nie możemy wpływać na proces kształcenia lekarzy, uczelnie są niezależne. Ale zaręczam, że w najbliższym czasie nie będzie uczelni, w której zabraknie przedmiotu związanego z geriatrią i gerontologią. Jestem głęboko przekonany, że nie zabraknie specjalizacji, rezydentur, które w tej chwili rozdajemy tym, którzy będą się chcieli kształcić.

Oczywiście pojawia się pytanie, jak to zrobić – to jest dla ludzi istotne – żeby ta specjalizacja była prestiżowa, żeby mieć poczucie zadowolenia z wykonywanego zawodu, żeby mieli odpowiednie narzędzia, żeby mieć poczucie misji. Jak zachęcić do tego lekarzy? Abstrahując od tego, że należałoby za te wszystkie procedury dobrze zapłacić, bo jakimś elementem jest także element merkantylny, pracujący chce zarobić odpowiednie pieniądze – dobra wycena świadczeń znakomicie by nam w tym pomogła. Ale nie tylko o to chodzi. Chodzi także o to, żeby ci lekarze mieli perspektywę rozwoju zawodowego, żeby mieli dobrze zorganizowany warsztat pracy, żeby mogli prowadzić badania naukowe, rozwijać się naukowo i tak dalej. To jest cały ciąg zadań do zrealizowania, ale najważniejsze na początek jest to, żebyśmy mieli odpowiednią liczbę lekarzy. W tym miesiącu wypuściliśmy 1002 rezydentury. Są rezydentury z zakresu geriatrii, ale jestem głęboko przekonany, że będziemy mieć zwroty. Ta specjalizacja nie cieszy się w tej chwili powodzeniem. Ta specjalizacja musi zafunkcjonować jako coś, kolejny raz powtarzam, co jest prestiżowe, atrakcyjne, bo niewątpliwie jest dobrze stworzony warsztat poprzez chociażby opisanie koszyka świadczeń gwarantowanych, co da nam szansę, żeby tę sytuację poprawić.

Jeszcze kwestia absolutnie fundamentalna, o której państwo rozmawiali – jak ma wyglądać budowa systemu. Dziękuję bardzo, że to pytanie otrzymałem od rzecznika praw obywatelskich. Proszę państwa, musimy być realistami. Tak jak powiedziałem, nie zbudujemy w Polsce oddziałów geriatrycznych, które zapewnią możliwość dostępu o każdej porze dnia i nocy każdej osobie starszej. Tak nie będzie, nie na tym rzecz polega. Mamy zapewnić dostęp do geriatrii, która wygląda w taki sposób, że są na oddziałach ludzie, którzy mają odpowiednie wykształcenie, odpowiednie umiejętności geriatryczne, którzy, tak jak pani powiedziała, na oddziale diabetologicznym, także chirurgicznym, rehabilita-

cyjnym i każdym innym, zapewnią dostęp do geriatry, czyli kogoś, kto ma umiejętność, bo to będzie ta kategoria. Zresztą, między nami mówiąc, oczywiście państwo o tym wiedzą, planujemy odejście od 97 specjalizacji, chcemy je skompresować i chcemy, żeby były to umiejętności szerokiej specjalizacji. Na razie zachowujemy geriatrię. Umówmy się, że tutaj nie ma żadnego zagrożenia. Ale żeby umiejętność geriatryczna była dostępna dla każdego lekarza w Polsce, żeby w każdym oddziale był ktoś, kto potrafi patrzeć na problemy terapii i diagnostyki osób starszych – to powinni być szczególni lekarze. To powinni być lekarze, którzy reprezentują największą empatię, którzy mają umiejętność subtelnego sposobu pracy lekarskiej.

Co to znaczy subtelnego? To są tacy lekarze, którzy nie powinni szafować lekami, którzy potrafią w sposób jednoznaczny odjąć nieprawdopodobną liczbę leków, jakie przyjmują osoby starsze. Między nami mówiąc, jeżeli w garści jest pięć tabletek, to z całą pewnością jedna z nich będzie wchodziła w interakcję z inną. Trzeba być dość pryncypialnym, trzeba umieć podjąć mądrą decyzję, bo polipragmazja, objawy uboczne, a także subtelność działania z pacjentami starszymi jest czymś, co jest trochę obce większości naszych kolegów pracujących w oddziałach szpitalnych. Z różnych względów tego pacjenta traktuje się tak samo, a on jest pacjentem, który wymaga zupełnie innego podejścia. Jest to wynikiem nie tylko złej woli zarządzających szpitalem, ale przede wszystkim braku kadry, z czym w tej chwili rzeczywiście mamy wielki problem. To jest także, o czym trzeba pamiętać, kształcenie pielęgniarek, to jest wpuszczenie na oddziały szpitalne pracowników socjalnych, żeby ta opieka była ciągła. W wielu szpitalach tak jest, że pacjent nie jest anonimowy, że pacjent, z którym jest trudny kontakt, jest pacjentem, nad którym się szczególnie trzeba pochylić. Myślę, że jest bardzo wiele do zrobienia i to jest praca na lata. Nie będziemy mieli oczekiwanego efektu w ciągu najbliższych czterech czy pięciu lat, proszę o tym zapomnieć. Pragmatyzm w opiece zdrowotnej polega na tym, że trzeba sobie zaplanować pracę na długie lata i mniej więcej w ósmym, dziewiątym roku osiągnąć jakieś sukcesy, nie tracąc busoli, którą mamy w ręku, nie odchodząc od pryncypiów.

Obiecuję panu posłowi Szczerbie, że odpowiemy na piśmie, na jakim etapie jest całościowa ocen geriatryczna w AOS. Ja nie nadzoruję NFZ, więc nie mogę w tej chwili odpowiedzieć na to pytanie.

Co jest bardzo ważne i o czym chciałem państwu powiedzieć, to jest kwestia, że osoba starsza to jest osoba, która powinna być najważniejszym członkiem rodziny. Jeżeli wygenerujemy te właściwe wartości, a tą właściwą wartością, najważniejszą dla osoby starszej jest rodzina, to jest miejsce przy dużym stole, to jest kwestia ciągłości pokoleniowej, to problem osób starszych w Polsce rozwiążemy. Ale to jest zupełnie inne podejście, to jest podejście, w którym to wszystko… Oczywiście diapazon jest bardzo wysoki, rodzina, ale musimy ciągle o tym pamiętać, żeby była więź pokoleniowa, żeby, tak jak któraś z pań mówiła, tych rzeczy uczono także w szkole, żeby były dobre przykłady w domu, w rodzinie, że osoba starsza jest osobą najważniejszą, nawet kiedy jest niesprawna, to powinna dostać wszystko, na co zasługuje, bo powinna być kategoria, że ta osoba zasługuje na znacznie więcej i jej znacznie więcej wolno.

Nad wszystkimi informacjami i sugestiami, które dzisiaj od państwa dostałem, oczywiście się pochylimy. Rozumiem, że to będzie kolejne spotkanie, na które zostanę zaproszony.

Jeżeli czują państwo jakiś niedosyt po mojej wypowiedzi, to bardzo proszę, może jakieś pisemne czy meilowe sugestie. Natychmiast odpowiemy.

Przepraszam bardzo, na chwilę oddam głos, jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, pani dyrektor Mieszalskiej.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Justyna Mieszalska:

To jest odpowiedź na pytanie pana wiceprzewodniczącego. Chciałam powiedzieć, że nasz program Dzienne Domy Opieki Medycznej jest już w fazie wyboru realizatorów. Zgłosiło się 148 podmiotów. Niestety, możemy wybrać tylko 40 podmiotów i dla tych 40 podmiotów mamy przygotowanych 400 miejsc dla pacjentów. Konkurs faktycznie cieszył się wielkim zainteresowaniem i teraz czekamy na… Oczywiście, najpierw będzie faza

wdrożeniowa, faza pilotażowa. Myślę, że w regionach będzie się on cieszył równie dużym zainteresowaniem. Dziękuję.

Sekretarz stanu MZ Jarosław Pinkas:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):

Dziękuję bardzo panu ministrowi i przedstawicielom rządu. Dziękuję posłom, członkom Komisji, dziękuję zaproszonym gościom. Na tym kończymy siódme posiedzenie Komisji. Dziękuję bardzo.